

報告

地方の眼科診療所でのロービジョンケアの挑戦 —行政参画型中間型アウトリーチ支援とは—

川部 幹子^{1),2)}・坂部 司²⁾・三宅 養三^{2),3)}

ロービジョンケアはロービジョン検査判断料の名称で診療報酬化され2012年に保険収載された。これは自らが主導してロービジョンケアを進めていきたいという思いをもつ眼科医が、国立障害者リハビリテーションセンター学院において実施されている視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（以下、医師研）を修了し、実際にロービジョンケアを始める上で重要な意味を持つ。自らロービジョンケアを推進していきたいという思いは眼科医であれば誰もが持っている「醫の心」の実践であると高橋は述べている¹⁾。とはいえ、ロービジョンケアは眼科医のみでは実現は難しく、視覚障害者支援に関する専門職（以下、ロービジョンケア専門職）の参加は不可欠である。

筆者（川部）のクリニックは愛知県内だが、都市部から離れた地方に位置する。そのため、クリニックに受診している視覚障害者が都市部のリハビリテーションセンターを訪れ、実際の支援を受けること（通所型）はとても大変である。またロービジョンケア専門職が視覚障害者の自宅に訪問して支援する方式（従来型アウトリーチ）は効率的ではないこともあり、あまり積極的に行われていない²⁾。そこで当院ではロービジョンケア専門職が視覚障害者の行き慣れた場所、すなわち通院中の眼科でロービジョンケアを始める中間型アウトリーチ方式^{2,4)}を導入した。当院に来院する形であれば、視覚障害者の精神的・身体的な負担は少なく、受診時に機を逃さずに視覚リハビリテーションに関する診断・相談・情報提供・訓練を行うことができる。所在市町

村（行政）の理解のもとで、当院は採用した中間型アウトリーチ方式による支援により視覚障害者をロービジョンケアに繋ぐことができた。

ロービジョンケア専門職の派遣はNPO法人愛知視覚障害者援護促進協議会（以下、愛視援）に依頼した。愛視援は1981年に中途視覚障害者のリハビリテーションを目的として発足し、41年の歴史を持つ視覚障害者支援団体である。中間型アウトリーチ方式の支援が成立し、無理なく継続するための鍵は、ロービジョンケアに伴う経費を賄うための財源の確保と、その会計処理など煩雑な事務的作業から眼科医（眼科医院）を切り離すこと、さらに患者支援に伴う経費が滞りなく派遣する支援団体、特にロービジョンケア専門職に支給されることであると考えた。つまり、眼科医（眼科医院）は眼科診療とロービジョンケアの医療面のみを担い、視覚障害者がロービジョンケア専門職の派遣を行政機関に要請するだけで、いつもの医療機関でロービジョンケアを受けられる有機的な障害者援護システム（行政参画型中間型アウトリーチ方式）が構築される必要がある。

当院での経験を紹介する。第一段階として当院が所在している大口町にロービジョンケアの必要性をご理解いただき、当院にロービジョンケア専門職の派遣を依頼するために福祉行政部門と愛視援との間で委託契約を結んでもらった（図1）。さらに近隣の市や町に働きかけて、まさに行政参画型中間型アウトリーチ方式のもとでロービジョンケアが地方の眼科医療機関で実現できたのである。クリニック周

1) 医療法人 TM 会コスモス眼科, 2) 特定非営利活動法人 愛知視覚障害者援護促進協議会,
3) 公益社団法人 NEXT VISION 代表理事

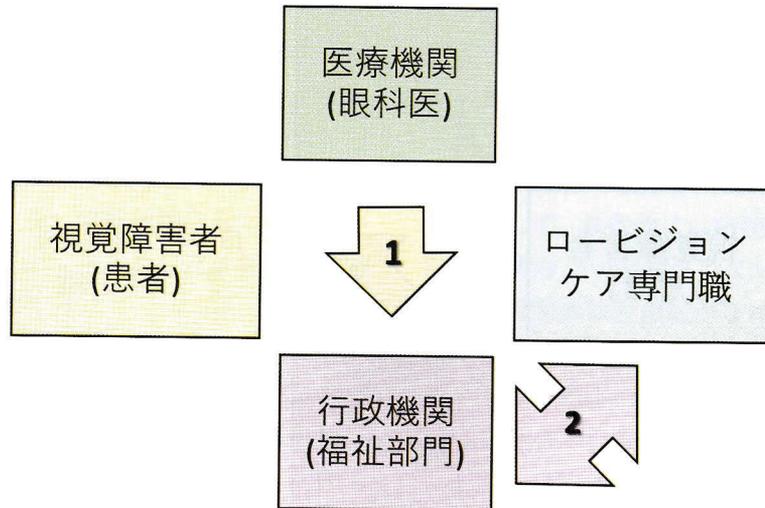


図1 行政参画型中間型アウトリーチ支援の樹立までの経緯

1. 行政にロービジョンケアの必要性を説明する。
2. 歩行訓練などロービジョンケアの補助金支給のために委託契約を成立させる。

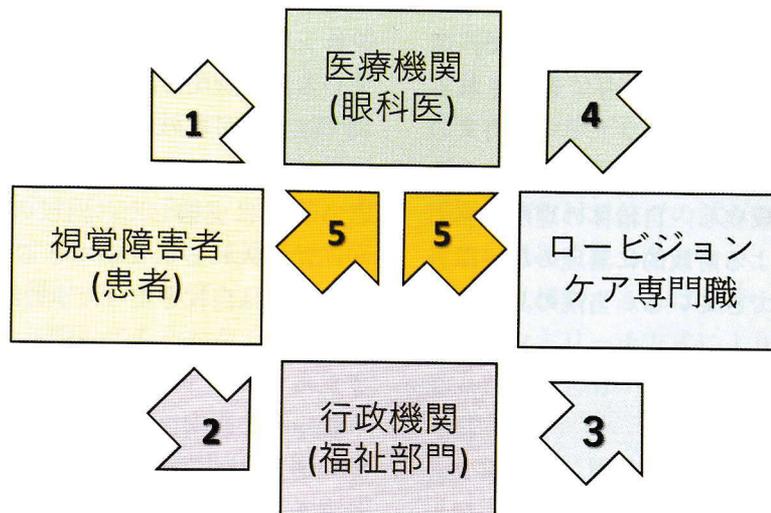


図2 行政参画型中間型アウトリーチ支援の流れ

1. 眼科医が視覚障害者に歩行訓練などのロービジョンケアを勧める。
2. 視覚障害者が行政機関に支援の事業申請書を提出する。
3. 行政機関がロービジョンケア専門職に依頼する。
4. ロービジョンケア専門職と医療機関が患者とともに実施日を決める。
5. 約束した実施日に視覚障害者とロービジョンケア専門職が医療機関に集合し、患者情報を共有することで歩行訓練などロービジョンケアが始まる。

辺の市町村である丹羽郡（大口町，扶桑町）は人口59,300人，江南市は人口99,600人で，身体障害者手帳（視覚）交付者数は合わせて約310人である。視覚障害者が自治体窓口で事業申請書を提出すると，自治体から愛視援に依頼が届き，ロービジョン

ケア専門職が視覚障害者の通院している眼科医療機関に派遣され，眼科医・視能訓練士からの情報を共有し，歩行訓練，視覚補装具の手配・選定などが開始される（図2）。このようにロービジョンケアが始動するまでの手続きは非常に簡便となった。また

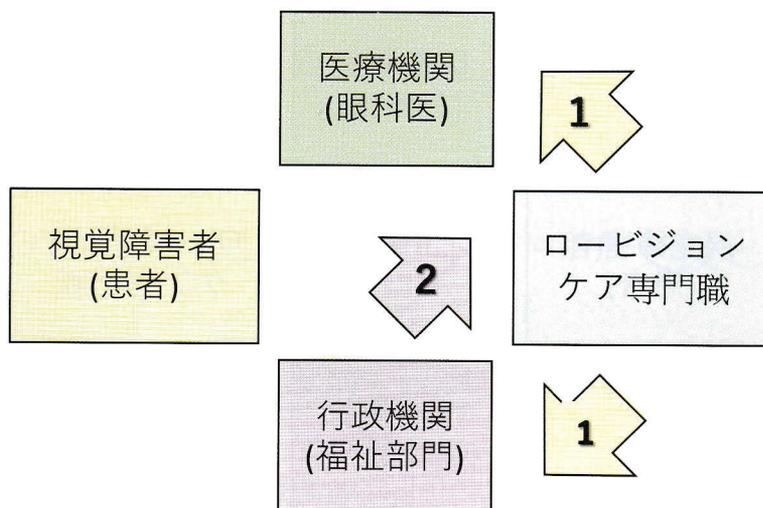


図3 行政参画型中間型アウトリーチ支援終了後の流れ

1. ロービジョンケア専門職がそれぞれに訓練報告書を提出する。
2. 行政は訓練報告書を確認して、一つの支援ごとに補助金を支給する。

愛視援は自治体と眼科医療機関に訓練報告書を提出し、自治体から支援ごとに補助金を得ることで、障害者援護システムが構成され、円滑に遂行される(図3)。この行政参画型中間型アウトリーチ方式の導入で視覚障害者の支援団体(愛視援)と眼科クリニックの緊密な連携が成立し、自治体の理解と協力のもと補助金の充当による財政的に無理のない障害者援護システムを維持できている。当院の具体的な事例を紹介する。

症例1

82歳男性、緑内障・加齢黄斑変性、身体障害者手帳1種2級、高齢で腰痛があり、白杖だけでは歩行が不可能であった。普段使い慣れている両手で持つウォーキングポールに白色の反射テープを貼り付けて、歩行訓練を行った。高齢でフレイルの状態から寝たきりになる手前で安全な歩行手技が獲得できた。その後は通い慣れている眼科に公営の循環バスに乗り、独りで来院できるほど元気になられた。また拡大読書器の操作方法も機器メーカーの担当者から直接学ぶことができたことで、生きる意欲が湧き、生活スタイルに大きな変化が起こった。

症例2

78歳男性、加齢黄斑変性、身体障害者手帳2種5級、白杖の携帯にはまだ抵抗があり、残存視機能を

活用したロービジョンケアを行った。リハビリテーション専門施設の利用は躊躇されていたが、受診している医療機関は障害者宅から通いやすく、医療機関で拡大読書器の利用を体験し、まずは携帯電話を音声対応型に設定変更し、これを不自由なく利用できるように支援した。白杖の導入に抵抗があったが、受け入れることができる支援を始めたことで、最終的には白杖を使った歩行訓練を開始することになった。

提示した症例のような高齢の視覚障害者が増加している。2007年現在の日本における視覚障害者の推定人口は164万人、うち、ロービジョン者は144万9千人、失明者は18万8千人である。この164万人を構成する年齢層は半数が70歳以上であり、60歳以上が72%を占めると推定される⁵⁾。視覚障害者の中で高齢者の占める割合が非常に多いことがわかる。介護施設内の高齢の視覚障害者は、歩けるのにもかかわらず安全のためにと車椅子での移動を余儀なくされ、白杖を使った歩行訓練は未実施のことが多い⁶⁾。少しでも歩けるのであれば症例1のように歩行訓練を行い、ご自身の足で歩いてもらいたい。また、症例2のように残存視機能が比較的良好な症例では特に白杖の使用に抵抗がある。このような症例では必要になってからロービジョンケアを勧めるのではなく、白杖に抵抗があっても残存視機能を

が活用可能な時期に、ロービジョンケアを導入することこそが大切だと思われる。

かつて眼科で診断、治療されるも、治療の甲斐なく失明した視覚障害者が、やっとの思いで福祉につなげられる時代があった。しかし2000年に日本ロービジョン学会が設立され、歩行訓練はもとより残存視機能を活用できる方法、適切な視覚補装具の選定などによるロービジョンケアが普及した。高橋は、ロービジョンケアは患者に寄り添うところから一歩踏み出し、患者の抵抗を知りつつも、患者の背中を押すことが必要である。これは、患者の意に沿わぬことを押し付けているように傍からは見え、医療スタッフに誤解を生じることもあるが、これをロービジョンリハビリテーションと呼び、これこそが眼科医の役割であると述べている¹⁾。

視覚障害者は将来的に運転免許の更新が難しくなることや仕事を継続できなくなることなど将来の不安のために精神的に不安定な状況に陥ることが多い。眼科診療所で視覚障害と診断する場合は、適切な情報提供を行い、家に閉じこもってしまうような心理的問題が生じないうちに対応したい。つまり、患者の眼疾患の病態や情報を熟知している主治医が患者に将来起こるかもしれない心理的・社会的な問題を予測し、患者が少しでも前向きな気持ちで将来に対峙できるように、早めにロービジョンケアの重要性を患者に説明し、理解してもらわなくてはならない。視機能がよくならなくてもかすかな希望を持って受診している視覚障害者にとって、通い慣れている場所で、眼科医が現状の視機能に準じた視覚障害者手帳を申請し、さらなる目標を持って次なるステージへのロービジョンケアを勧めることは、それまで培ってきた信頼関係があるからこそできることだと思う。患者を最も理解している主治医からの発信のもと、ロービジョンケア専門職に自らの眼科診療所で患者情報を提供し(図2)、そこを出発点としてロービジョンケアを行うことは患者にとって理想的な方法で、最も早い効果的なロービジョンケアの導入が可能になる。まさにこれが中間型アウトリーチの醍醐味と考える。しかし、この中間型アウトリーチの継続には難しい課題がある。西脇ら^{2,4)}はロービジョンケアを導入している眼科および医師研を修了した眼科医と視覚リハビリテーション施設を対象に、中間型アウトリーチ支援に関する意識調

査を行い、医療側、福祉側、双方の連携の必要性や問題を浮き彫りにした。複数の施設が「必要と思うが実施が困難」と答え、その理由として人員、時間、設備、予算が挙げられていた。大きな課題は財源の確保である。西脇らの調査報告では運営上の経費の財源として、具体的には病院経費や研究費、医局費、院長私費などが記載されていた³⁾。患者のためとはいえ、財源確保の担保がなければ、実施したくても継続は難しく、特にクリニックでは、貢献すれば貢献するほど経営への影響が重くのしかかり、中断せざるを得なくなるのは想像に難くない。

今回、自治体の協力のもと、中間型アウトリーチ方式を活用し、視覚障害者支援団体から派遣されたロービジョンケア専門職が、眼科医療機関で、視覚障害者の情報を共有することでロービジョンケアが成功した事例を報告した。現在、近隣の医師研を修了した眼科医とともに、本システムのもとで視覚障害者支援の拡充を推進している。我々の行政参画型中間型アウトリーチ支援の試みは実施継続するうえで最も重要な課題となる財源についても自治体の協力を得て克服できた。本システムはさらなるロービジョンケアの継続につながると確信している。現段階では市町村単位での試みに過ぎないが、将来的には地域格差を生じさせない、都道府県単位での視覚障害者支援ができればと考える。この行政参画型中間型アウトリーチ方式により、地域眼科医の主導のもと視覚障害者が全国で平等な支援を享受できることになる。

早い時期に眼科医が患者のロービジョンケアの導入時期を決め、福祉行政の参加のもとで支援対策を計画できれば理想的なロービジョンケアが実現できると考える。また、地域に根差した活動ゆえに視覚障害者だけでなく、家族も一緒に視覚障害者の自立に向けた活動に参加できることがまさに中間型アウトリーチ方式の魅力である。

今回は眼科クリニックで挑戦した行政参画型中間型アウトリーチ方式によるロービジョンケアについて報告した。今後は、近隣の眼科医療機関との連携をさらに推進し、福祉機器会社の参加のもとで、視覚障害者のニーズに応える最新の機器も体験できるような視覚障害者同士の交流の場、コミュニティーが提供できればと思う。さらに患者が導入後に支援機器を適切に使っているかを確認する機会の設定も

必要である。

視覚障害者が抱える問題には、眼科医療だけでは解決できない、社会的な問題や心理的な問題もある⁷⁾。それらの多くの問題を解決するために他職種の専門職が連携し協働する視覚障害者のコミュニティが確立されることを切望する。

倫理規定：本報告は人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象外の報告であるため、倫理委員会への付議は不要である。

利益相反：本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

[文 献]

- 1) 高橋 広. これからのロービジョンケア～20年の軌跡から～. 眼科臨床紀要 2015; 8: 879-884.
- 2) 西脇友紀, 仲泊 聡, 西田朋美, 他. ロービジョンケアおよび視覚リハビリテーション実施状況調査と中間型アウトリーチ支援に関する意向調査. 視覚リハビリテーション研究 2012; 2: 75-81.
- 3) 西脇友紀, 仲泊 聡, 西田朋美, 他. 中間型アウトリーチ支援の実施状況—眼科医療機関—. 視覚リハビリテーション研究 2014; 4: 28-34.
- 4) 仲泊 聡. 総合的視覚リハビリテーションシステムプログラムの開発—平成 22 年-24 年厚生労働科学研究費補助金—障害者対策総合研究事業—感覚器障害分野—研究報告書. 01-11.
- 5) 三宅謙作. 日本眼科医会研究班報告 2006～2008 日本における視覚障害の社会的コスト. 日本の眼科 2009; 80 (付録): 6-22.
- 6) 篠野公二, 岩崎佳奈枝, 吉田千尋, 他. 眼科診療所における中間型アウトリーチへの試み. 視覚リハビリテーション研究 2014; 4: 69-71.
- 7) 中村信弘, 藤井慶博. 視覚障害者のリハビリテーションにおけるスマートサイトの導入と可能性—秋田県立支援学校における取り組みを通して—. 2017; 72: 103-110.